N° 54
8.

DE

L'HYDROCÈLE ABDOMINO-SCROTALE

(HYDROCÈLE EN BISSAC DE DUPUYTREN)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Mai 1903

PAR

Ivan K. BAÏTCHEFF

Né à Kotel (Bulgarie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

ÉDITEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ..... Doyen
FORGUE ..... Assesseur

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Chargé du Cours, M. PUECH.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS H.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), BERTIN-SANS E (O. ✻)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VEDEL, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT Léon, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. VALLOIS.	MM. L. IMBERT.
RAUZIER.	MOURET.	VEDEL.
MOITESSIER.	GALAVIELLE.	JEANBRAU.
de ROUVILLE.	RAYMOND.	POUJOL.
PUECH.	VIRES.	

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, Professeur, *Président.* | MM. DE ROUVILLE, Agrégé.
BAUMEL, Professeur. | JEANBRAU, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE NICOLAS

A MON PÈRE KRISTO BAÏTCHEFF

ANCIEN DÉPUTÉ DE LA GRANDE ASSEMBLÉE NATIONALE GÉNÉRALE
ANCIEN SOUS-PRÉFET

A MA MÈRE TSONA NICOLOVA

Puisse cet hommage être une faible récompense d'une vie de labeur et de dévouement.

A MES SŒURS

NÉCHKA, STÉPHANKA, PENKA, MARIAKA et OLGA

IVAN K. BAÏTCHEFF.

A MON FRÈRE GEORGES K. BAÏTCHEFF

LAURÉAT DU CONCOURS DE DROIT INTERNATIONAL
A LA FACULTÉ DE DROIT DE MONTPELLIER (Médaille d'argent)
LICENCIÉ EN DROIT DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
MEMBRE DES JUGES DES COURS D'ASSISES A SLIVEN

A MON BEAU-FRÈRE JETCHO KOSTADINOFF

A MON BEAU-FRÈRE KANTCHO G. KANTCHEFF

LIEUTENANT-COLONEL EN RETRAITE
EX-CHEF DE POLICE A SOFIA

IVAN K. BAÏTCHEFF.

A MA TANTE STOYONKA BAITCHEVA

A MON ONCLE BONTCHO PAVLOW

ANCIEN JUGE D'INSTRUCTION
PROPRIÉTAIRE DE LA FERME DE KALAFA-KEUY

Témoignage de reconnaissance et de profonde affection.

A MON COUSIN ET EXCELLENT AMI
VASILTCHO BONTCHEV PAVLOW

DOCTEUR ÈS SCIENCES PHILOSOPHIQUES
DOCTEUR EN MÉDECINE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
GAVRAIL PACHA CRESTOVITCH

LICENCIÉ EN DROIT DE LA FACULTÉ DE PARIS
MINISTRE DE JUSTICE DE L'EMPIRE OTTOMAN
MINISTRE DE L'INTÉRIEUR DE ROUMÉLIE ORIENTALE
GOUVERNEUR GÉNÉRAL DE ROUMÉLIE ORIENTALE

A MA GRAND'MÈRE
Mme VEUVE GAVRAIL PACHA CRESTOVITCH

A MON COUSIN STEPHANAKI BEY CRISTOVITCH

DOCTEUR EN DROIT DE LA FACULTÉ DE PARIS
ADJOINT AU GOUVERNEUR GÉNÉRAL DE MONASTIR

IVAN K. BAITCHEFF.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAIRET

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PROFESSEUR DES MALADIES MENTALES
CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEANBRAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

IVAN K. BAÏTCHEFF

A MON AMI LE DOCTEUR BOIDJIEFF

A TOUS MES AMIS

IVAN K. BAÏTCHEFF.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet, c'est un devoir pour nous d'exprimer publiquement notre reconnaissance à ceux qui nous ont encouragé dans nos études et qui nous permettent aujourd'hui d'aborder l'exercice de la médecine.

C'est à nos parents que nous dédions notre thèse comme faible hommage de notre gratitude, ils nous ont donné trop de preuves de dévouement et d'affection pour pouvoir jamais nous acquitter envers eux.

C'est avec le plus vif plaisir que nous avons suivi les leçons de M. le professeur Mairet ; sa parole claire et précise nous a facilité l'étude des maladies mentales et nous a fait aimer cette science indispensable au médecin.

Nous avons su apprécier ses qualités de cœur et d'esprit, nous prions M. le professeur Mairet d'accepter nos plus sincères remerciements pour les nombreux et précieux services qu'il nous a rendus en plusieurs circonstances durant le temps de notre scolarité.

Mais que M. le professeur Tédenat, qui après nous avoir donné l'idée de ce travail, a bien voulu accepter la présidence de cette thèse et nous faire ainsi un honneur dont nous lui sommes profondément reconnaissant, veuille bien considérer cette dédicace comme un hommage bien respectueux de notre très vive sympathie.

M. le professeur agrégé Jeanbrau nous a également donné

de nombreuses marques de sympathie, nous le remercions de la sollicitude qu'il a toujours eue pour nous. Nous emportons de lui le meilleur souvenir.

Heureux d'avoir été leur élève et profité de leur excellent enseignement, nous adressons à MM. les professeurs Baumel, Carrieu et Puech nos meilleurs remerciements.

Nous devons à M. le Dr Malbois beaucoup des connaissances qui nous seront utiles dans l'exercice de notre profession, nous le prions de croire à notre gratitude.

Je tiens aussi à remercier particulièrement et MM. les Drs Soubeyran, chef de clinique chirurgicale, et Jacquet, chef de clinique des maladies mentales, ils voudront bien recevoir nos remerciements pour l'amabilité qu'ils nous ont toujours témoignée et pour les renseignements qu'ils ont bien voulu nous fournir.

Au moment de quitter les bancs de cette Faculté, où nous avons reçu toute notre instruction médicale, nous adressons nos sincères remerciements à tous nos maîtres.

DE

L'HYDROCÈLE ABDOMINO-SCROTALE

(HYDROCÈLE EN BISSAC DE DUPUYTREN)

INTRODUCTION

Chez la plupart des sujets, le canal vagino-péritonéal, dépendance de la cavité abdominale, s'oblitère après la naissance. Dans certains cas, l'oblitération ne s'opère pas, ou se fait irrégulièrement ; de là l'origine des hydrocèles congénitales ou péritonéo-vaginales.

Tantôt la communication reste complète entre la vaginale et le péritoine (*hydrocèle péritonéo-vaginale* proprement dite).

Tantôt l'oblitération se fait près des testicules (*hydrocèle péritonéo-funiculaire*).

D'autres fois, l'oblitération se produit au niveau du canal inguinal et au niveau du testicule, le milieu du conduit reste libre (*hydrocèle enkystée du cordon*).

Enfin, en quatrième lieu, l'oblitération peut ne se produire qu'en haut, au niveau du canal inguinal, le conduit reste perméable au-dessous (*hydrocèle vagino-funiculaire*); c'est

une variété de cette dernière forme qui constitue *l'hydrocèle abdomino-scrotale* (hydrocèle en bissac de Dupuytren).

Les hydrocèles vagino-funiculaires revêtent plusieurs aspects suivant la hauteur à laquelle s'est produite l'oblitération, et l'on distingue : une variété *cylindrique* (un prolongement s'insinue dans le cordon analogue au pédicule d'une poire), une variété *plurilobaire* (due à la dilatation de petits diverticules du canal vagino-péritonéal Broca [1]).

Lorsqu'il existe deux poches distinctes, communiquant par une partie rétrécie, l'une des poches étant scrotale, l'autre inguino-abdominale, il s'agit d'une forme spéciale qui a reçu diverses appellations : *hydrocèle biloculaire, hydrocèle en tablier, hydrocèle de P. Pott, hydrocèle de Chélius*, nous préférons la dénomination *d'hydrocèle abdomino-scrotale* qui équivaut à une définition.

Nous nous proposons, à propos de trois observations dues à l'obligeance de M. le professeur Tédenat, de faire l'étude de cette variété d'hydrocèle et d'examiner successivement :

1° L'historique ;
2° L'étiologie ;
3° L'anatomie pathologique et la pathogénie ;
4° La symptomatologie ;
5° Le diagnostic et le pronostic ;
6° Le traitement.

[1] Broca. Art. Inguinal. Dict. Encycl. t. XV.

HISTORIQUE

Dupuytren a donné une observation de l'hydrocèle qui porte son nom, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu (1836). Mais, bien avant lui, en 1777, dans son remarquable travail sur l'hydrocèle, le chirurgien anglais Perceval-Pott avait donné une admirable description d'un cas de ce genre. L'observation rapportée par Pott (œuvres chirurgicales, 1777) a trait à un homme de 35 ans, qui fut à Londres consulter Guillaume Scharpe pour une tumeur scrotale qui avait mis cinq ans à se former et était remarquable par ce fait qu'au début, au dire du malade, on pouvait la réduire dans l'abdomen.

« Le cas était singulier et M. Scharpe me pria de le voir avec lui.

» Le scrotum avait un volume très prodigieux, il pendait jusqu'à la moitié de la cuisse... Les différentes parties de la tumeur offraient au toucher une sensation très différente. Dans quelques endroits, elle était dure, dans d'autres molle, et dans d'autres enfin on y distinguait sensiblement un fluide. Le cordon spermatique était gros et tuméfié tout en haut jusqu'à l'aine, l'ouverture tendineuse du muscle abdominal était considérablement dilatée par ce cordon, et lorsque le malade toussait la tumeur se distendait manifestement.....

» Lorsque l'on faisait allonger le malade, les signes changaient ; la tumeur devenait évidemment moindre et plus

molle, et elle paraissait en se retirant occasionner une enflure considérable du côté du ventre... Par une pression continue, les matières contenues dans le scrotum paraissent se retirer encore plus, et à mesure qu'elles se retirent l'enflure du côté du ventre augmente... Nous découvrîmes clairement que la tumeur du scrotum et celle du ventre étaient produites par le même corps, qu'il y avait une fluctuation libre de l'une à l'autre et que les parties plus dures étaient de simples indurations et de purs épaississements des téguments et de la membrane commune.

» On fait une première ponction et l'on tire onze chopines d'eau claire et limpide. Le liquide se reproduit peu après, une large incision est faite pour l'évacuer; le malade meurt.

» En ouvrant son corps, nous trouvons toute la membrane cellulaire qui enveloppait les vaisseaux spermatiques dans l'abdomen chargée d'eau et distendue d'une manière fort irrégulière, depuis l'origine des susdits vaisseaux jusqu'à l'ouverture tendineuse du muscle oblique. A cet endroit, elle se resserrait en un corps rond de moindre volume, mais encore assez gros pour dilater considérablement l'ouverture du tendon, enfin au-dessous de cette ouverture, elle était développée et distendue par l'eau répandue dans toutes ses cellules ».

Nous trouvons, on le voit, dans cette observation qui a trait, on n'en peut douter, à une hydrocèle en bissac, une description clinique tout à fait complète. C'est seulement 50 ans après que Dupuytren a publié son observation à laquelle sont consacrées une quinzaine de lignes dans les cliniques de l'Hôtel-Dieu.

Dans toutes les bibliographies on cite, avec Dupuytren, le nom d'un auteur allemand Chelius, et l'on renvoie à la page 150 du tome II de son « Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui les concernent ». La plupart des auteurs

ajoutent que Chelius a beaucoup avancé l'étude de la question en formulant, au sujet de l'hydrocèle en bissac, la théorie pathogénique, qui nous paraît évidente à l'heure actuelle : l'accumulation du liquide dans le conduit vaginopéritonéal persistant et clos. Si on ouvre ce volume à la page indiquée, on trouve qu'il est question, en cet endroit, de l'hydrocèle congénitale, et Chelius dit : « L'hydrocèle congénitale consiste dans une accumulation de sérosité dans la cavité du canal de la tunique vaginale, lequel est resté ouvert dans toute sa longueur ou seulement dans quelques-unes de ses parties. Nous diviserons cette hydrocèle en quatre espèces suivant le siège qu'elle occupera : 1° le canal de la tunique vaginale peut être ouvert dans toute son étendue et être rempli de liquide; 2° ce canal est fermé au-dessus du testicule et ouvert seulement à sa partie supérieure ; 3° la partie supérieure est oblitérée et le liquide s'est amassé à la partie inférieure de la tunique vaginale des testicules ; 4° enfin, le canal s'est oblitéré à sa partie supérieure et à sa partie inférieure, en sorte que la sérosité s'est rassemblée à sa partie moyenne ».

Comme on le voit, Chelius ne parle pas de l'hydrocèle de Dupuytren, il connaissait cependant les ouvrages de cet auteur et les indique à l'index bibliographique du « Traité des maladies chirurgicales ».

Nous serons très bref sur l'historique, renvoyant aux derniers ouvrages parus : les thèses de Buyek (Paris, 1896) et celle de Meschénet de Richemont (Bordeaux, 1898).

Les ouvrages importants sur la question sont les thèses de Malgaigne (Paris, 1848) ; Duplay (1865) : le Mémoire de Bazy, paru en 1888 dans les *Archives générales de médecine,* où cet auteur étudie plus particulièrement la pathologie et l'anatomie pathologique de l'affection qui nous occupe.

Citons, parmi les observations publiées, celles de Fano 1853, de Lister 1857, de Rochard 1860, de Kocher, de Witzel, de Tillmans, de Schmidt, Vollbrecht, Chavannaz, etc.

Citons aussi le Mémoire de Delbet, en France, de Macewen de Vollbrecht, à l'étranger.

ETIOLOGIE

Fréquence. — L'hydrocèle de Dupuytren, avec une poche abdominale et une poche scrotale, est une affection rare, fait que tous les auteurs s'accordent à reconnaître. Villeneuve, en 1891, a réuni 18 observations ; depuis lors, un certain nombre d'observations ont été publiées, ce qui, en y ajoutant les trois observations dont nous apportons le tribut, porte le nombre total à 32.

Voici l'énumération des auteurs dont on trouvera plus loin l'indication bibliographique :

Perceval Pott, en 1777 ; Dupuytren (observations, 1836) ; Chelius (1844) ; Fano (1853) ; Lister (1857) ; Duplay (2 obs.) ; Lannelongue (2 obs.) ; Rochard, Kocher, Monod et Terrillon, Witzel, Tillmans, Bazy, Vollbrecht, Villeneuve (1891) ; Blanc, Phocas, Schwab (1893) ; Delbet (2 obs.) ; Lannelongue (de Bordeaux, 1896) ; Bazy et Buyek (2 obs.) ; Chavannaz, Tédenat (1 obs.).

Age. — Cette affection se rencontre à tous les âges. Dupuytren l'a observée chez un malade âgé de 15 ans. Monod et Terrillon en rapportent un exemple chez l'enfant dans leur traité des Maladies des testicules. Delbet la signale à 70 ans. Les trois malades de M. le professeur Tédenat avaient 29, 35, 36 ans.

En somme, cette variété d'hydrocèle se voit de préférence à l'âge adulte, surtout de 20 à 35 ans.

Causes. — L'étude de la pathogénie nous montrera la nécessité d'une disposition congénitale du canal vagino-péritonéal pour la production de cette hydrocèle ; cette anomalie existant, les mêmes causes que pour l'hydrocèle vaginale commune vont se rencontrer, mais ici l'inflammation s'étendra non seulement au sac vaginal, mais aussi au sac intraabdominal. Nous retrouvons donc toutes les causes habituelles d'irritation de la séreuse, les unes secondaires aux lésions du testicule et de l'épididyme ; les autres primitives (vaginalites tuberculeuses, rhumatismales, etc.)

Cette affection s'observe avec une égale fréquence des deux côtés. Elle est parfois biloculaire, comme dans l'exemple de Fano : La tumeur remontait à gauche à 5 ou 6 centimètres au-dessus du pubis, et à 7 ou 8 à droite.

PATHOGÉNIE
ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pathogénie. — Le mode de formation de l'hydrocèle abdomino-scrotale est particulièrement intéressant; plusieurs théories ont été données pour l'expliquer.

1° La théorie de *P. Pott* : accumulation de liquide dans les cellules de la tunique commune du cordon.

Nous ne la discuterons pas, elle a un intérêt purement historique.

2° Pour *Dupuytren* l'hydrocèle de la tunique vaginale, en se développant, remonterait vers l'anneau et le traverserait pour continuer à se développer dans l'abdomen. Verneuil soutient cette théorie à la suite de Dupuytren. Duplay fait remarquer avec juste raison qu'il est très fréquent d'observer des hydrocèles où la tunique vaginale est distendue à l'excès, sans que pour cela la tumeur se développe dans l'orifice inguinal.

3° *Macewen* pense que l'hydrocèle ne peut pas pénétrer dans la cavité abdominale à cause de la pression qui existe à l'intérieur de cette cavité, le développement est d'abord abdominal puis scrotal. Il émet l'hypothèse d'une poche abdominale préformée faisant hernie par l'orifice inguinal, peu à peu cette poche descendrait dans les bourses jusqu'au niveau de la vaginale, l'ulcérerait, et à un moment donné, les deux cavités communiquant, l'hydrocèle en bissac serait

constituée avec ses deux lobes. A l'appui de cette théorie, Macewen publie une observation citée plus loin, page 28.

Nous ferons observer, à l'encontre de cette théorie, que le point de départ est faux. La pression intra-abdominale n'est pas suffisante pour empêcher la poche de l'hydrocèle engagée dans l'intérieur du canal inguinal de pénétrer dans la cavité abdominale. Nous n'en voulons qu'une preuve : La réduction spontanée des hernies dans la position allongée ; or, la force qui amène cette réduction est bien minime, elle est constituée par le poids de la masse herniée, peut-être par quelques contractions intestinales et par l'élasticité du mésentère ; n'est-il pas évident que la pression du liquide agissant sur la paroi de l'hydrocèle constitue une force infiniment supérieure? que l'on suppose un point d'appui fourni par quelques adhérences de la poche du canal inguinal, que l'on suppose le liquide pénétrant dans une poche préformée traversant le canal, et on conçoit aisément que la tumeur pourra se développer dans l'abdomen et vaincre une pression insuffisante pour maintenir au dehors une minime masse intestinale herniée. Il nous paraît évident que la pression intra-abdominale n'est pas un élément suffisant pour empêcher le développement de l'hydrocèle en bissac de bas en haut.

Pour justifier sa théorie, Macewen en donne une observation ; il n'y en a pas d'autre dans la science, et, même en admettant qu'elle soit très probante, il serait fort téméraire d'édifier une théorie générale sur un fait, alors que beaucoup d'autres militent en faveur d'une théorie contraire.

4° Mentionnons en passant la théorie émise par *Dubuisset*. Pour cet auteur, la poche serait formée par les parois organisées d'un hématome (thèse de Lille 1896).

5° La théorie généralement admise est celle de *Malgaigne* et de *Duplay* : le développement du liquide se fait dans une

cavité préformée qui est le canal vagino-péritonéal persistant.

La description minutieuse faite par Ramonède du canal vagino-péritonéal a beaucoup avancé l'étude de la question.

Le canal présente à l'étude trois portions, l'une scrotale, l'autre inguinale, la troisième abdominale, ces deux dernières forment entre elles un angle ouvert en dehors, en bas et en avant qui embrasse l'artère épigastrique.

De plus, ce canal n'est pas exactement calibré et présente des rétrécissements : un au niveau de son orifice abdominal, deux au niveau des orifices inguinaux internes et externes, un au niveau de l'épididyme.

Or, nous savons aujourd'hui, grâce aux recherches de Pellaconi et de Hugo, que l'oblitération du canal vagino-péritonéal se fait par granulation des surfaces séreuses en contact; nous ignorons, il est vrai, la cause efficiente de ce processus, mais le processus en lui-même est un fait parfaitement observé. Il semble que cet accolement se fera d'autant plus facilement que les surfaces seront moins éloignées les unes des autres, il semble en un mot qu'il pourra plus facilement se faire au niveau des rétrécissements décrits par Ramonède. Supposons l'oblitération faite au niveau de l'orifice abdominal même, nous aurons une cavité préformée avec un diverticule abdominal dans laquelle du liquide, se développant, donnera cliniquement les signes d'une hydrocèle en bissac. Les histologistes nous apprennent, il est vrai, que le processus d'oblitération débute en général dans la partie moyenne de la portion scrotale, mais il nous semble que dans des conditions spéciales, si par exemple un peu de liquide se trouve dans la cavité, l'accolement et la granulation se font plus facilement en un autre endroit et en particulier dans la poche supérieure du canal.

Que dans une poche ainsi préformée pour une cause étio-

logique ou pour une autre (ne différant pas du reste de celle de l'hydrocèle vulgaire), du liquide s'épanche, tout est disposé à merveille pour que l'épanchement se traduise cliniquement par les symptômes de l'hydrocèle en bissac. On sait combien la pression est en général élevée dans une cavité d'hydrocèle, et l'on conçoit facilement que, prenant point d'appui sur la position scrotale et le canal inguinal, le liquide distende la position inguinale de la poche, refoule la masse intestinale et donne au diverticule abdominal l'énorme volume qu'il peut acquérir parfois.

En résumé, il faut donc :

1° Une oblitération haute du canal vagino-péritonéal.

2° La pression du liquide sécrété qui distend progressivement la poche abdominale.

Mais on peut concevoir que la distension puisse porter sur un diverticule supérieur du conduit (Broca), d'où des formes spéciales de cette hydrocèle que nous aurons à examiner.

Il y a quelques mois, à l'occasion d'une cure radicale de hernie inguinale, M. Tédenat nous a montré un diverticule situé à deux ou trois centimètres au-dessous du collet du sac herniaire. Ce diverticule, long de 3 centimètres, avait une disposition en doigt de gant, large de 10 à 12 millimètres suivant les points, un peu rétréci à son point d'abouchement avec le péritoine au-dessus du collet. M. Tédenat nous a dit avoir observé trois ou quatre fois des diverticules analogues. On conçoit que certaines dispositions de tels diverticules puissent favoriser la formation d'une hydrocèle en bissac.

Anatomie pathologique. — *La forme* de la poche inférieure est celle d'une poire, sa situation ne varie pas; la poche supérieure s'allonge en général et revêt la forme d'un saucisson, plus rarement elle est sphérique.

La consistance est variable et dépend, comme pour toute hydrocèle, de la tension du liquide et de l'épaisseur de la paroi.

Le volume est souvent considérable, la poche scrotale descend plus ou moins bas, le long de la cuisse ; la poche abdominale remonte plus ou moins haut et peut atteindre le voisinage de l'ombilic : tel était le cas chez le malade du professeur Tédenat.

Observation Première

Professeur Tédenat

Recueillie par M. Soubeiran, chef de Clinique [1].

Hydrocèle abdomino-scrotale. — Excision de la poche. — Anneau inguinal très large. — Reconstitution du trajet inguinal. — Guérison.

X...., 29 ans, chauffeur à Balaruc-les-Bains, entre le 15 décembre 1902, salle Bouisson, N° 25. Sujet robuste et bien constitué, sans antécédents autres qu'une blennorrhagie ; il y a un an et demi, l'écoulement a persisté un mois et demi. Au bout de deux mois, orchite qui disparaît après trois mois, laissant le testicule un peu gros et douloureux. Depuis six mois est apparue, dans le scrotum, du côté droit, une tumeur qui a grossi sans à-coup, sans traumatisme et dont le malade n'a jamais souffert. Le malade n'a jamais remarqué de tumeur abdominale ; il prétend que, ces derniers temps, il urinait un peu plus souvent pendant le jour (?)

Actuellement, le scrotum droit est distendu par une énorme tumeur à grand axe dirigé en avant et en bas quand le malade est debout, mesurant 17 centimètres de l'anneau inguinal au sommet et 40 centimètres de circonférence à la

[1] Communiquée à la Société anatomique (1903).

base élargie. La verge, qui est enfouie dans la tumeur scrotale, remonte jusqu'à l'anneau inguinal, et il est impossible de délimiter son extrémité supérieure.

Elle est fluctuante, tendue, la paroi paraît souple au toucher, on démontre facilement la transparence. Le testicule, de volume normal, est refoulé au périnée.

Il y a de plus une voussûre abdominale marquée, que l'on rend facilement évidente en faisant coucher le malade ; au niveau de la fosse iliaque droite, elle est mate, et le palper permet de la délimiter : elle atteint presque le niveau de l'ombilic ; elle est légèrement arrondie et son grand axe est vertical. La fluctuation se transmet de la poche abdominale à la poche scrotale ; mais il n'y a aucune réductibilité : l'anneau inguinal est élargi.

Le 22 décembre, M. Tédenat fait sous anesthésie une incision au niveau du trajet inguinal, tout comme pour une cure de hernie. Le trajet est très élargi ; la poche, mince, est ponctionnée, et il s'écoule un liquide clair très fluide en grande abondance, deux litres environ ; la poche qui est sous le péritoine pariétal est extirpée en totalité sans difficultés. Pendant ces efforts que fait le malade pour vomir, l'intestin, recouvert par le péritoine, apparaît à l'angle inférieur de la plaie.

Le trajet inguinal est suturé à l'aide de 6 fils de laiton ; la peau est suturée avec des crins.

Suites opératoires normales : le malade sort guéri, le 12 janvier avec une paroi abdominale solide.

Observation II

Professeur Tédenat

Hydrocèle en bissac remontant jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. — Excision de la poche. — Guérison.

Emile B..., 36 ans, de bonne santé habituelle, sans contusion, sans effort remarqué, sans hernie préalable, voit une hydrocèle se développer du côté droit. En 22 mois à peu près, elle acquit d'énormes dimensions, 24 centimètres de l'anneau inguinal externe à la partie inférieure, où l'on sent le testicule, il existe un diverticule intra-abdominal dont le fond arrive à 2 centimètres au-dessous et en dehors de l'ombilic.

Opération le 26 juin 1894. Incision occupant le tiers supérieur de la portion scrotale et remontant à 2 centimètres au-dessous du fond de la poche intra-abdominale. Résection de la poche scrotale.

Le décollement du sac intra-abdominal a été assez facile. Le sac était propéritonéal et se continuait avec le sac intra-scrotal par une portion en goulot longue de 2 centimètres, percé d'un orifice de 5 millimètres. Le liquide contenu dans les deux poches pesait 2950 grammes.

Suture par points séparés. Six anses pour la paroi abdominale, cinq pour les bourses.

2 juillet 1894 : Réunion parfaite avec un point suppuré au niveau d'un point de suture.

Le malade a été revu le 10 décembre 1896 : réunion parfaite, paroi solide sans aucune tendance à la hernie. D'ailleurs, l'anneau inguinal était peu large.

Chez notre malade, la quantité de liquide, plus considé-

rable encore que dans notre première observation, atteint 2950 grammes.

Dans une observation de Rochard, le sac contenait trois litres de liquide ; chez celui de Ruyek, il y en avait deux litres.

Le trajet intermédiaire est plus ou moins large et l'on peut y observer de véritables étranglements résultant des oblitérations partielles du conduit vagino-péritonéal.

Les rapports de la poche abdominale méritent d'être précisés. Divers auteurs montrent cette tumeur décollant en général le péritoine de la fosse iliaque et respectant celui de la paroi abdominale ; c'est le processus que voudrait généraliser Bazy. Cet auteur fait remarquer que, si l'on enfonce le doigt dans le canal inguinal et que l'on refoule le péritoine, ce n'est pas le péritoine abdominal antérieur que l'on décolle, mais bien le péritoine iliaque. Il obtient les mêmes résultats en insufflant de l'air par le canal inguinal. Cependant, le péritoine pariétal peut être décollé, alors que celui de la fosse iliaque est respecté. L'observation de Tillmanns, la nôtre, sont nettes à cet égard.

Il faut signaler cependant que, si le plus souvent la poche n'est pas adhérente au péritoine, elle offre parfois des adhérences pouvant singulièrement compliquer la dissection.

Mais il convient de préciser plus encore la situation de la poche abdominale :

1° Tantôt la poche s'infiltre dans le péritoine iliaque. L'observation suivante de Bazy en est un exemple :

Observation III

Bazy

(*Archives générales de médecine*, 1887)

X..., 20 ans. Vient consulter le 22 juin 1887. Depuis cinq ans, il a remarqué qu'une tumeur jusque-là inaperçue se développait dans son côté droit.

Cette tumeur, d'abord localisée au fond du scrotum, aurait fini par envahir le côté droit en entier.

Pas de douleurs, mais seulement un peu de gêne, surtout après une journée de fatigue.

Examen. — On trouve une tumeur occupant le côté droit du scrotum assez régulièrement cylindrique, mesurant 12 à 13 centimètres de long sur 7 à 8 de large, remontant du côté du canal inguinal, où cela fait une forte saillie.

Les téguments ne sont pas altérés.

En examinant l'abdomen on reconnaît la présence d'une tumeur molle, dépressible. La fluctuation se transmet d'une tumeur à l'autre. La main placée sur l'abdomen est soulevée; si l'on presse la tumeur scrotale, la tumeur abdominale a sa grande extrémité en haut, la plus petite en bas tournée vers le canal inguinal.

La fluctuation est transmise au doigt placé dans le rectum.

Le testicule est situé en bas et en arrière de la tumeur scrotale, faisant corps avec elle et ne pouvant en être détaché.

On incise le rectum dans sa longueur, sur 10 centimètres en partant de l'arcade crurale, on remarque la tumeur décollée du péritoine iliaque de telle sorte que la séreuse vient former en avant d'elle un cul-de-sac péritonéal, laissant intact le péritoine pariétal, qui n'est pas décollé de la paroi.

Après avoir passé quelques fils de catgut le long du bord extérieur du testicule de façon à reconstituer une vaginale, M. Bazy résèque la portion du sac située au-dessus.

M. le docteur Bazy revit le malade tous les ans depuis l'époque où il l'opéra. Il n'y eut pas d'apparence de hernie.

Dans le cas de Kocher, elle s'allongeait comme un saucisson le long du détroit supérieur.

2° Tantôt la poche se développe du côté du petit bassin et, comprimant la vessie, détermine des troubles de la miction ; tel était le cas du malade de Macewen.

Observation IV

(Macewen. Practitioner, 1896, *in* thèse Buyek, pag. 35).

W. Forbes, âgé de 39 ans.

A l'examen du malade, on trouve une tumeur qui occupe la région inguinale droite et qui descend dans le scrotum un peu plus bas que le testicule droit.

Le kyste scrotal avait été ponctionné avant l'entrée de ce malade à l'hôpital. Il mesure sept pouces de long et huit de circonférence.

On trouve, en outre, que l'hydrocèle est en communication avec la cavité abdominale. Quand le malade est couché, la tumeur scrotale peut être réduite légèrement en élevant le scrotum. Tout le liquide peut même passer dans la cavité abdominale. En faisant le toucher rectal, on sent à droite de la vessie une tumeur qui occupe toute la portion droite du petit bassin ; la main, placée sur la paroi abdominale, donne au doigt placé dans le rectum la sensation de fluctuation.

En interrogeant le malade sur la façon dont il urinait avant la ponction de l'hydrocèle, il répondit qu'à mesure

que la tumeur augmentait de volume, il était obligé d'uriner plus fréquemment; quand elle avait acquis ses plus grandes dimensions, il était obligé d'uriner plusieurs fois en une heure.

Avant l'apparition de la tumeur dans le scrotum, il avait très fréquemment besoin d'uriner, il urina moins souvent dès que la tumeur apparut dans le scrotum ; mais à mesure que la tumeur scrotale augmenta de volume, il recommenca à souffrir et à uriner très fréquemment.

Quand le malade est debout, le sac scrotal se remplit immédiatement ; quand on le fait tousser, on a dans la main une impulsion très nette, le liquide étant refoulé dans l'abdomen, on trouve les enveloppes qui constituent le sac très épaissies. L'hydrocèle est très peu transparente à la lumière, de sorte qu'il est difficile de préciser exactement la nature du contenu.

L'anneau externe est très large, il mesure au moins deux pouces de diamètre, le tendon conjoint est tellement distendu que l'anneau interne se présente immédiatement en arrière de l'anneau externe.

An moment de l'examen, le malade déclare que la tumeur n'est pas aussi tendue que d'ordinaire, une ponction ayant été faite récemment.

Après chaque ponction, une anse intestinale venait faire hernie au niveau de l'orifice. Quelques mois après une cure radicale, une pointe de hernie se produisit. On constata pendant l'intervention qu'il n'y avait aucune adhérence du sac avec le péritoine. Les tissus étaient facilement séparables de ceux du petit bassin.

3° Enfin la poche peut évoluer du côté de la paroi abdominale antérieure.

Delbet, qui a bien étudié ces derniers rapports, pense que

l'hydrocèle congénitale doit être rapprochée de la hernie inguinale congénitale pariétale, il propose d'admettre :

Une forme propéritonéale (la plus fréquente).

— interstitielle.

— inguinale superficielle.

La poche étant située :

Dans la cavité abdominale.

Dans la paroi (obs. de Witzel).

En avant du tendon aponévrotique du grand oblique (obs. de Delbet).

Buyek et Meschinet de Richemond essayent d'établir que les deux dernières variétés, *interstitielle et superficielle*, ne sont pas des hydrocèles en bissac, car, disent-ils, dans les deux observations de Delbet le canal inguinal était libre, non occupé par un trajet intermédiaire, l'oblitération du conduit vagino-péritonéal portant au-dessous du canal inguinal, nous pensons que c'est à ces cas qu'il convient d'appliquer la notion de l'existence des diverticules tunnellaires que Broca a décrits.

Nous n'insisterons pas sur la structure de la poche, son contenu, son évolution ; elles ne diffèrent pas de celles de l'hydrocèle ordinaire ; la poche peut être mince ou épaissie par endroits (cas de Pott) ; l'hydrocèle peut se transformer en hématocèle, M. le professeur Tédenat en a vu un exemple.

Le canal inguinal est toujours plus ou moins élargi, ce qui permet la production de hernies coexistant avec l'hydrocèle en bissac (obs. de Duplay), et ce qui nécessite en général la suture des piliers inguinaux après la cure de l'hydrocèle.

Tout comme lorsqu'il s'agit d'un sac herniaire, le canal inguinal a diminué de longueur, il est devenu moins oblique, et les orifices externes et internes tendent à se mettre sur une même ligne antéro-postérieure.

Le *cordon* peut être dissocié, ainsi que Buyek l'observe.

SYMPTOMATOLOGIE

Par quels signes se manifeste l'hydrocèle abdomino-scrotale ?

Le début de l'affection est, en général, indolent, ce n'est qu'après un temps plus ou moins long que le malade, s'apercevant que son scrotum augmente de volume, vient trouver le médecin. Il existe cependant quelques troubles fonctionnels légers, de la pesanteur hypogastrique, et quelquefois des irradiations douloureuses du côté du périnée et des cuisses.

Lorsque l'affection a atteint un certain degré de développement, le malade se présente avec un scrotum distendu, le pénis a parfois disparu, il existe de plus une voussure, une tuméfaction au niveau de la paroi abdominale, mais cette dernière peut n'être que très peu apparente ; entre la tumeur scrotale et la tumeur abdominale, on voit une bande déprimée qui correspond à la bride formée par l'arcade crurale.

L'exploration des deux poches doit être faite avec soin. Celle de la poche scrotale se fait sans difficulté, nous n'insisterons pas sur les caractères qui sont ceux de toute hydrocèle (consistance variable, fluctuation, transparence). La poche abdominale peut échapper à l'inspection si elle est peu développée, il faut donc pratiquer avec soin le palper, et, si c'est nécessaire, on s'aidera de l'anesthésie générale pour vaincre la résistance de la paroi abdominale.

Suivant l'épaisseur de la poche ou son degré de tension, la tumeur est molle, résistante, fluctuante.

Le passage du liquide d'une poche dans l'autre peut donner lieu à une certaine réductibilité de la poche scrotale; mais ce phénomène peut manquer par suite d'une oblitération, d'un retrécissement, d'une tension très grande du liquide; quand il existe, on voit la poche abdominale se gonfler quand la main comprime la poche scrotale, mais cette réductibilité n'est jamais qu'apparente, elle est réelle seulement dans l'hydrocèle péritonéale ouverte.

La fluctuation se transmet donc d'une poche à l'autre, et l'on peut sentir le liquide passer dans le trajet intermédiaire, c'était très net dans l'observation de Villeneuve.

Observation V

(Villeneuve. — *Marseille médical*, 1891)

Le malade présentait une hydrocèle droite. Le scrotum était distendu par une tumeur ovoïde, de la grosseur des deux poings, fluctuante et dont la transparence, quoique peu nette, permet de distinguer le testicule en bas et en arrière, un peu gros, avec un épididyme volumineux et dur. Les parois de cette tumeur étaient tendues et résistantes, et en cherchant la fluctuation on s'aperçut que cette tumeur se vidait en partie par la pression et l'on sentait le liquide refluer à travers le trajet inguinal, jusque dans le ventre, où se trouvait l'extrémité supérieure de la poche. De plus, on pouvait constater que le liquide ne se répandait pas uniformément dans la cavité abdominale, mais allait s'accumuler dans une poche distincte, faisant saillie au-dessus de l'arcade crurale. En pressant alternativement sur cette poche abdominale et sur la tumeur scrotale, on remplissait à volonté

l'une ou l'autre des deux poches, en percevant nettement le passage du liquide dans le trajet inguinal.

La poche supérieure une fois distendue faisait un relief notable et s'étendait en haut à 12 centimètres au-dessus de l'arcade. Le toucher rectal révélait dans la fosse ischio-rectale droite une tumeur molle, liquide.

Le malade s'était aperçu, environ cinq ans auparavant, d'une grosseur dans les parties, mais avait attendu que la gêne occasionnée par le volume seul de la tumeur, le forçât à entrer à l'hôpital.

Certains auteurs ont même signalé une crépitation neigeuse. La percussion révèle de la matité. Le palper permet encore de se rendre compte de la situation du testicule, mais il permet surtout de bien reconnaître le contour et les limites de la poche supérieure ainsi que sa situation, nous savons qu'elle peut évoluer vers la fosse iliaque, vers le bassin, vers la paroi abdominale (Delbet).

Le toucher rectal contribuera à faire connaître les connexions de la poche du côté du bassin.

Quand la tumeur atteint un grand développement, il peut se produire des *troubles* de compression ; dans le cas de Vollbrecht elle remontait jusqu'au rein, Macewen a vu la vessie comprimée, on peut observer des troubles digestifs (constipations), enfin des compressions vasculo-nerveuses : œdème, varices, néphrites, ces derniers phénomènes sont fort rares.

Complications. — Comme toutes les vaginalites séreuses, l'hydrocèle en bissac est soumise à l'épaississement de ses parois et à l'hémorragie, d'où transformation en *hématocèle* ; les observations de Lister, Rochard, Lannelongue en sont la preuve, cette dernière mérite d'être citée :

Observation VI

(Résumée)

LANNELONGUE

M... Charles, soixante et onze ans, plâtrier. En 1865, chute de voiture et orchite double qui dure six mois, le scrotum droit se tuméfie ensuite. En 1873, une ponction donne issue à un liquide d hydrocèle. En 1874, nouvelle ponction. Actuellement, la tumeur a tous les caractères de l'hydrocèle en bissac. Extirpation : la poche est extra-péritonéale et l'on doit disséquer le facia sous-péritonéal épaissi, suture, drainage. Un mois et demi après, ablation de la poche scrotale. On croyait alors avoir à faire une castration et on fut tout surpris de ne trouver ni testicule, ni cordon.

Le malade supporta bien cette deuxième opération et sortit guéri.

Les deux poches enlevées furent alors examinées, l'une était abdominale, l'autre inguino-scrotale. Le contenu des deux poches était identique : débris fibrineux, liquide sanguin, dégénéré, fausses membranes. La paroi avait une épaisseur moyenne d'un demi à un centimètre.

Les deux poches étaient séparées par une cloison de même nature ; dans l'épaisseur de celle-ci, un petit renflement qui fut reconnu, à l'examen histologique que pratiqua le Dr J. Vitrac, pour un testicule atrophié, fibreux. Son volume était celui d'une noisette ; nulle part on ne put reconnaître et différencier ni l'épididyme ni le cordon.

La suppuration est une complication plus grave ; soit spontanément, soit à la suite d'une affection générale, soit pour une infection directe (ponction), la poche peut arriver à la suppuration. En voici deux exemples :

Observation VII

DUPUYTREN

Un homme de 37 ans portait, depuis l'âge de 15 ans, une tumeur siégeant à la bourse droite, dans la tunique vaginale. On la considéra comme étant une hydrocèle congénitale à laquelle on fit, pendant le cours de treize années, dix à douze ponctions qui donnèrent toujours issue à une sérosité transparente. Un jour, au moment où cet homme soulevait un fardeau, la tumeur augmenta subitement de volume et devint douloureuse. Cette tumeur diminue à la pression et fait entendre un bruit de gargouillement. Le ventre est tendu et douloureux; nausées, vomissements, pouls petit, déprimé. On croit à une hernie étranglée et l'on opere. On pénètre dans une poche contenant un liquide séro-purulent mêlé de flocons albumineux; pas d'épiploon ni d'intestin; aucune communication avec l'abdomen.

Mort de péritonite le septième jour après l'opération.

A l'autopsie, on trouve une poche considérable s'étendant depuis le testicule jusqu'à trois pouces au-dessus du canal inguinal. La poche est divisée par l'anneau du grand oblique en deux compartiments. Le sac supérieur est moins grand que l'inférieur.

Observation VIII

FANO, 1853

(*Hydrocèle biloculaire, bilatérale*)

Homme de 24 ans, n'ayant jamais eu de hernie, ni de tumeur dans les bourses. Depuis deux ans, à la suite d'un coup de pied est apparue une tuméfaction du scrotum qui a augmenté sans douleur.

Les deux bourses présentent un volume considérable ; chacune d'elles est constituée par une tumeur ovalaire ayant environ 18 ou 20 centimètres dans son grand axe. Il existe une hydrocèle biloculaire des 2 côtés remontant à gauche à 5 ou 6 centimètres au-dessus du pubis, à droite à 7 ou 8. A gauche il y a eu suppuration et la tumeur est ouverte, le doigt, promené dans la cavité purulente, remonte au-dessus de l'anneau inguinal, la guérison de ce côté a été complète au bout de plusieurs mois.

Ponction du côté droit et injection iodée. Au bout d'un mois, ponction et injection de vin chaud, inflammation et fistule ; incision large et guérison six semaines après. A cette époque, hernie pendant la toux à droite, impulsion sans hernie à gauche.

La suppuration est une complication grave en raison de la proximité du péritoine. La rupture est rare et nous ne pensons pas qu'elle ait été observée.

Enfin signalons la coexistence d'une *hernie* inguinale congénitale et la nécessité de faire une bonne suture, si l'on veut ne pas voir se produire de hernie après l'opération, ainsi que Fano l'avait noté.

DIAGNOSTIC – PRONOSTIC

Le diagnostic ne présente pas de grandes difficultés ; la poche abdominale par le palper, la recherche de la fluctuation, ne permettront pas le doute. Si la réduction de la poche scrotale est peu marquée, si la poche abdominale est peu apparente, peut-être pourrait-on confondre avec une *hydrocèle banale*, ou *funiculaire*, mais il semble qu'un examen attentif, sous le chloroforme si c'est nécessaire, puisse trancher le diagnostic.

Dans le cas d'une hydrocèle enkystée d'un sac herniaire habité, ou d'un kyste sacculaire, mais sans prolongement abdominal, d'une hydrocèle simple communiquant avec une *loge abdominale de péritonite enkystée*, l'évolution serait différente, le malade présenterait d'autres lésions péritonéales ou intestinales et des foyers tuberculeux viscéraux, car cette forme de péritonite est le plus souvent bacillaire.

S'il y a une *collection périappendiculaire*, l'appendice étant contenu dans une hernie inguinale, l'histoire seule de la maladie suffira à écarter cette hypothèse.

Les *abcès froids* ayant fusé le long du canal inguinal auront une origine obscure. Si la réduction et facile, on pourrait songer à l'*hydrocèle vagino-péritonéale ouverte*, dans laquelle la fusion scrotale fait refluer le liquide dans la séreuse abdominale, mais dans l'hydrocèle en bissac, la saillie de la poche abdominale s'exagère, la paroi abdominale se gonfle quand le liquide est chassé vers l'abdomen.

On recherchera, en outre, la situation du testicule, les rapports de la paroi abdominale, la nature du liquide (transparence, histoire de la maladie) ; si l'on se résout à pratiquer une ponction exploratrice, une asepsie rigoureuse sera observée.

Pronostic.— L'hydrocèle abdomino-scrotale est une affection bénigne, les complications sont rares, elle gêne par son volume, mais ne compromet pas la vie.

Le voisinage de la séreuse péritonéale crée cependant un danger si une complication survient (rupture, suppuration).

TRAITEMENT

Le traitement de l'hydrocèle abdomino-scrotale est tout entier chirurgical.

Les premiers chirurgiens se sont adressés d'abord à la *ponction* ; l'antisepsie rend cette opération parfaitement inoffensive, mais le liquide se reproduit sans cesse (obs. de Lannelongue, de Fano, de Dupuytren).

De plus, il y a deux dangers :

1° Le canal inguinal, élargi, va permettre l'issue de l'intestin.

2° Si l'on injecte un liquide irritant dans la poche, la séreuse péritonéale risque de s'enflammer par contiguité.

L'*ouverture et le drainage* de la poche abdominale ont été pratiqués par Fano, Humphry, etc., mais les résultats sont bien incomplets.

La cure radicale reste l'opération de choix.

Comment la pratiquer ?

Bazy ouvre la poche scrotale, et, après avoir gardé la partie inférieure du conduit vagino-péritonéal pour en recouvrir la séreuse, il extirpe ce conduit par décollement, et, par des tractions faites au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, attire la poche abdominale.

Ce procédé est un peu aveugle et ne permet pas d'attirer la poche lorsqu'elle adhère.

Mieux vaut inciser le long de l'axe du canal inguinal, la

tumeur apparaît sous les yeux et ses rapports deviennent nets. La dissection de la poche abdominale est souvent fort difficile en raison des adhérences et de l'étendue de la poche, qui fait que la dissection compromet la solidité de la paroi abdominale. Faut-il dans ce cas la disséquer laborieusement en entier ou bien se contenter de frotter les parois avec un liquide irritant (teinture d'iode) pour amener leur accolement ?

Les conclusions de Bazy[1] nous paraissent fort sages :

1° L'excision sera pratiquée si elle est aisée ;

2° Dans les cas difficiles, le chirurgien se contentera d'une résection large.

Pour la poche scrotale, le chirurgien aura le choix de l'une des nombreuses méthodes de cure radicale des hydrocèles banales ; méthodes de Volkman, Julliard, de Bergmann, retournement ; il devra se montrer parcimonieux en fait de castration.

La poche traitée, il faudra s'occuper ensuite de la paroi abdominale ; la nécessité de la fermeture du conduit inguinal s'impose, puisqu'il est élargi ; l'observation de Fano citée plus haut en est la preuve. Des fils de laiton laissés à demeure, unissant les piliers inguinaux, ont donné de bons résultats à M. le professeur Tédenat.

Enfin, dans les cas complexes, lorsqu'il existe en outre une ectopie testiculaire, la fixation de la glande sera un complément heureux de l'opération. L'observation suivante en est un exemple.

[1] Archives gén. de méd., 1897.

Observation IX

(Inédite)

Professeur Tédenat

Testicule retenu à l'anneau. — Prolapsus du cordon. — Hydrocèle en bissac. — Extirpation du sac. — Fixation du testicule au fond des bourses.

Louis M..., 35 ans, sans antécédents pathologiques, entre le 3 juin 1898 pour une tumeur occupant la région inguino-abdominale droite existant depuis deux ans, et qui est le siège de douleurs depuis un mois environ.

On voit et on palpe une tumeur ovoïde qui remonte à un travers de main au-dessus de l'arcade crurale. Elle se prolonge en bas dans la partie supérieure des bourses trois travers de doigt au-dessous de l'anneau.

Dans les bourses on ne sent pas le testicule mais un cordon qui flotte dans le prolongement inférieur de la collection liquide et fluctue nettement. Dans la partie inférieure, au niveau du goulot qui sépare la portion sous l'arcade de la partie au-dessus de l'arcade, on voit une masse molle qui a la sensibilité propre du testicule. La perception de la forme de l organe testiculaire est vague à cause du liquide.

M. Tédenat diagnostique :

Ectopie à l'anneau, cordon en prolapsus au-dessus des testicules. Hydrocèle en bissac.

6 juin. Après asepsie, saignée et anesthésie à l'éther, M. Tédenat fait une incision oblique en bas et en dessus, sur le milieu de la tumeur dépassant l'arcade crurale en bas de 3 centim., en haut de 8 centim.

Les deux lèvres de l'aponévrose du Grand oblique sont décollées et retenues en éversion externe par des pinces de Kocher.

Les plans musculaires sous-jacents (fibres-rouges épar-

pillées) sont décollés à la sonde cannelée. On arrive sur la poche kystique. Elle est fendue, le testicule est reconnu fixé par quelques adhérences, mais il paraît surtout retenu par un tractus fibreux qui, du haut du pilier externe, traverse l'orifice externe, cette bandelette fibreuse est rejetée en dehors, le testicule est libéré, et, grâce à la longueur du cordon, il est aisément descendu au bas du scrotum et fixé par deux points de suture au catgut. La vaginale qui accompagnait le cordon est fermée au niveau de la partie supérieure du testicule, à 3 centim. au-dessous de l'orifice externe. Le sac, au niveau du goulot, est sectionné, puis décollé sans grandes difficultés. On constate une petite dépression close à sa partie inférieure. Le péritoine n'est pas ouvert.

Suture sur trois places de la paroi abdominale.

14. Suites opératoires régulières, sans fièvre. Pansement enlevé.

Réunion immédiate, un peu d'orchite sans épanchement notable.

23. Le malade sort guéri. M. Tédenat l'a revu en juin 1901, la paroi abdominale est ferme, résistante, sans menaces de céder. Le testicule est peu volumineux et peu mobile, à 3 centim. au-dessous de l'orifice inguinal externe.

CONCLUSIONS

1° L'hydrocèle en bissac de Dupuytren, qui possède une poche scrotale et une poche abdominale, communiquant par une partie inguinale rétrécie, mérite bien la dénomination d'*hydrocèle abdomino-scrotale*, qui a l'avantage d'éviter toute confusion.

2° Elle résulte d'une disposition congénitale spéciale : oblitération de la partie supérieure du conduit vagino-péritonéal

3° Elle doit être rapprochée de la hernie inguinale congénitale et peut présenter les variétés propéritonéale, interstitielle, superficielle (Delbet).

4° La reconstitution du trajet inguinal est le complément nécessaire de la cure radicale de cette hydrocèle.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bazy. — Arch. gén. de méd., 1887.

Blanc. — Hydr. double. Mars. méd., 1895.

Broca. — Art. Inguinal du Dict. encycl., tom. XV.

Buyek. — Quelques consid. sur l'hydrocèle en bissac. Th. Paris, 1897.

Capdepon. — Hydr. en bissac. Soc. d'anat. de Bord., 1896.

Chavannaz. — Hydr. en bissac. Bull. méd., 1898.

Chélius. — Traité de chir., tom. II, pag. 150.

Cuteliffe. — Indian med. gaz. Calcutta, 1873.

Delbet. — Des variétés de l'hydr. en bissac. Presse médicale, 1896.

Duplay. — Variétés anat. de l'hydrocèle. Sem. méd., 1884.

Dupuytren. — Leçons orales de clinique chirurgicale, 1834.

Duval. — De l'hydr. cong., 1856.

Fano. — Soc. de chir., 1853.

Fonvielle (Pierre). — Les hydr. et leurs traitements. Th. Paris, 1894, 25, n° 38.

Jaccoud. — Dict. art. Hydrocèle.

Kocher. — Monogr. de Deutsch. Chir. di Billroth, 1878.

Lister. — Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1857.

Martin. — Presse médicale, 1903 (à paraitre).

Macewen. — Practitioner, 1896.

Meschinet de Richemond. — Th. Bordeaux, 1898.

Monod et Terrillon. — Des maladies du testicule, 1889.

Perceval Pott. — Œuvres chirurgicales, 1777.

Phocas. — Bull. méd., 1892.

Ramonède. — Le canal vagino-péritonéal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'enfant. Th. Paris, 1883.

Reclus. — Art. Hydrocèle, in Th. de ch.

Riberi. — Raccolta delle opere minori... Torino, 1851.
Rochard. — Union méd., 1860.
Schmidt. — Sur l'hydrocèle en bissac. Munch. med. Woch., 1890.
Sébileau. — Artich. hyd. (Tr. de Dentu et Delbet).
Schwab. — Un cas d'hydr. en bissac. Méd. mod., 1893.
Soubeyran et Martin. — Soc. anat., 1903.
Syme. — On abdominal hydrocele. Assoc. med. London, 1861.
Tédenat. — Notes sur l'hydrocèle de la tunique vaginale. Montp. méd., 1885. Observations communiquées par Martin, Soubeyran.
Thomas. — Med. times. London, 1848.
Trélat. — Des hydr. doubles. Sem. méd., 1883.
Tillmans. — Arch. de Langenbeck, 1886.
Velpeau. — Art. Hyd. Dict. en 30 vol., 1887.
Villeneuve. — De l'hydr. en bissac. Mercr. méd., 1891.
Vollbrecht. — Hydr. biloc. abd. Arch. für kl. ch., 1895.
Witzel.— Beitr. zur trage der Entst. der Hydrocèle bilocularis, 1884.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 2 mai 1903.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 2 mai 1903
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.